

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität München
Direktor: Geh.-Rat Prof. O. Bumke

Die Bedeutung seelischer Faktoren für die Auslösung schizophrener Schübe.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Würde eines Doktors der Medizin.

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

ARNDT BECKER

aus Frauenburg in Kurland.

19



37

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DUSSELDORF

Referent: Privatdozent Dr. Fritz K a n t
Korreferent: Geh.-Rat Prof. O. B u m k e
Tag der mündlichen Prüfung: 27. April 1936

Das Problem einer seelischen Verursachung der Geisteskrankheiten hat schon die großen Ärzte des 18. und 19. Jahrhunderts beschäftigt. Wir erfahren aus Gruhles historischem Beitrag zum Schizophreniebande des Bumke'schen Handbuches, daß „die Frage: organisch oder psychogen, autochtone Gehirnkrankheit oder Körperkrankheiten mit Rückwirkung auf das Gehirn, Primat des Körperlichen oder Seelischen“ schon im 18. Jahrhundert erörtert werden, und daß selbst der Begriff der Flucht in die Psychose schon damals auftaucht. Wir hören, daß Klöeckhof 1789 von körperlichen und seelischen Momenten sagt, daß „die den Tonus der Fäserchen des Gehirnmarkes schwächen und so Psychosen herbeiführen“, und finden, daß Eberhard (1796) in allem Körperlichen nur eine vorbereitende Ursache sieht.

Nachdem Kräpelin die *Dementia praecox* als Krankheitseinheit anderen Psychosen gegenüber abgegrenzt hatte, war es Bleuler, der in seiner 1911 erschienenen Monographie über die Schizophrenie auf die Bedeutung seelischer Faktoren für die Entstehung der Erkrankung hinwies. Bleuler unternimmt sehr vorsichtig den Versuch eine exogene, psychische Ätiologie für die Schizophrenie aufzustellen. Er kommt zu der Auffassung, daß die Unbefriedigtheit im Leben gewisse Bedeutung in ätiologischer Hinsicht hat, betont aber, daß man keineswegs mit Sicherheit entscheiden kann, ob es tatsächlich psychische Ursachen für diese Erkrankung gibt, weil es sich nicht beweisen läßt, wieweit die psychischen Ereignisse die Ursache und nicht die Folge der Krankheit sind. Da er aber zugeben muß, daß die Schizophrenie sich häufig an ein tiefgreifendes Erlebnis anschließt, und in ihrem Verlauf unzweifelhaft von psychischen Einflüssen abhängig sein kann, glaubt er auch annehmen zu dürfen, daß psychische Traumen schizophrene Syndrome bewirken können. Daß sie die Krankheit selbst verursachen, glaubt er nicht, diese kann vielmehr erst dann ausgelöst werden, wenn sie latent im Individuum steckt.

In einer späteren Veröffentlichung Bleulers finden wir dann allerdings die Überzeugung, daß exogene Faktoren eine manifeste Schizophrenie nicht nur bei Vorhandensein einer latenten Schizophrenie auslösen, sondern auch ganz allein die Erkrankung erzeugen können. Weiterhin führt er die Möglichkeit aus, daß die ganze Symptomatologie der *Dementia praecox* rein psychisch sei und sich aus leichten quantitativen Abweichungen vom Normalen entwickeln könne. „Psychische Momente würden auf einem nicht mehr taktfesten Boden eine Art funktionelle Störung hervorrufen können, welche schizophrenieartige Syndrome mehr psychogener Natur be-

wirken.“ Gleichzeitig hält er es aber doch wiederum für möglich, daß es sich um mehr oder minder abortiv verlaufende Krankheitsprozesse handelt, wobei dann den psychischen Faktoren, wie es für die eigentlichen schweren Schizophrenien überhaupt gelten würde, nur eine auslösende Rolle zufiele.

Im Anschluß an Bleuler ist in den letzten 20 Jahren viel über dieses Thema geschrieben und diskutiert worden, wobei man die verschiedensten Mutmaßungen aufwarf. Man sprach in diesem Zusammenhang von: Verursachung, von biologischen Reaktionen, von psychischen Reaktionen, von schizophrenen Reaktionstypen, und endlich von Auslösung.

Nur wenige Autoren lassen die Möglichkeit offen, daß eine Schizophrenie durch ein seelisches oder körperliches Ereignis verursacht werden könne. So sagt Wilmans in diesem Zusammenhang, daß es wohl möglich wäre, daß schwere seelische Erschütterungen mehr sein können als nur ein letzter Anstoß zum Krankheitsausbruch, daß die Person ohne dieses Schicksal nach menschlichem Ermessen von der Schizophrenie dauernd verschont geblieben wäre, so daß man praktisch von einer Verursachung der Schizophrenie durch seelische Schädigungen sprechen könne. Er stellt dabei folgende Fragen auf: liegt ein zufälliges Zusammentreffen von unlustbetontem Erlebnis und Krankheitsausbruch vor, oder besteht zwischen beiden irgend ein Zusammenhang. Wenn man den Zusammenhang bejahen kann, so läßt er drei Möglichkeiten offen:

1. handelt es sich um eine auf dem Boden einer latenten oder offenbaren Schizophrenie erwachsene, durch die bestehende Disposition oder Erkrankung schizophren gefärbte vorübergehende Reaktion.

- Oder 2. um die Auslösung oder Steigerung des fortschreitenden organischen Prozesses?

- Oder 3. liegt überhaupt nichts schizophrenes vor, sondern eine Psychose oder Reaktion, die nur gewisse äußere Ähnlichkeit mit einer schizophrenen Störung aufweist.

Weit mehr ist im Gegensatz zur Verursachung über die Möglichkeit der Auslösung eines schizophrenen Prozesses durch seelische Ereignisse geschrieben worden.

Für Berze gibt es außer den Erbfaktoren noch zwei krankheitserzeugende Momente, die auch ohne belastetes Erbgut mit Erfolg wirken können: 1. Schädigung, die das entwickelte Individuum treffen. 2. Keimschädigung. Das Problem der das entwickelte Individuum treffenden Schädigungen faßt Berze im Sinne von Auslösung schizophrenieähnlicher Psychosen bei Schizoiden auf. Daß akute oder chronische seelische Erschütterungen echte Schübe verursachen können, hält er für unwahrscheinlich und warnt davor, die abnormen psychischen Entwicklungen, die durch affektbetonte Erlebnisse oder auch durch gehäufte seelische Erregungen bei Schizophrenen eingeleitet werden, mit Schüben des Prozesses zu verwechseln.

Jaspers trennt die Begriffe der Auslösung und der schizophrenen Reaktion scharf von einander und bestimmt die echten schizophrenen Reaktionen wie folgt: zwischen Erlebnis und Inhalt der Psychose bestehen verständliche Zusammenhänge. Letztere wäre ohne das Erlebnis nicht aufgetreten, ist in ihrem Verlauf von ihm abhängig und macht nach dessen Wegfall dem status quo ante Platz. Dagegen besteht bei den ausgelösten Psychosen kein verständlicher Zusammenhang zwischen Inhalt des Traumas und Inhalt der Psychose. Das Erlebnis ist der letzte event. entbehrliche Anlaß für den Ausbruch der Erkrankung. So unterscheidet Jaspers die reaktiven, die ausgelösten und die spontanen Psychosen. Schübe bewirken eine dauernde Veränderung der Persönlichkeit, während der Kranke nach Ablauf eines reaktiven Zustandes annähernd in seinen früheren Zustand zurückkommt. Man muß zwischen kausalen und verständlichen Zusammenhängen unterscheiden. Dabei muß aber irgend ein Prozeß die Disposition schaffen, um eine solche Reaktion auf ein schweres Schicksal zu ermöglichen.

Kraus gibt 28 Fälle bekannt, bei denen ein Zusammenhang des Psychoseausbruches mit einem eingreifenden Erlebnis bestand. Zwei seiner Fälle veranschaulichen eindeutig die Auslösung eines infaust verlaufenden Prozesses durch seelische Erlebnisse.

Hartmann zeigt, wie sehr es bei allen Untersuchungen bezüglich seelischer Auslösfaktoren darauf ankommt, festzustellen, welchen Bedeutungswert das Trauma für den betreffenden Kranken hat. Er nennt eine Reihe von Fällen, bei denen man nicht von zufälligem Zusammentreffen von Erlebnis und Psychose sprechen noch das Erlebnis selbst als eine Folge der Psychose bezeichnen kann und deutet die Fälle als Reaktion mit schizophrener Geistesstörung bei einer erbkonstitutionellen schizophrenen Anlage.

Auch K. Schneider unterscheidet drei Arten von Psychosen: die spontanen, die reaktiven und die ausgelösten, wobei man bei den ausgelösten Psychosen einen ätiologischen Faktor (körperlich oder seelisch) kennt. Es gibt zwei Arten von Reaktionsbegriffen: einen in biologischer und einen in rein psychologischer Bedeutung. Nur im biologischen Sinne könne man an die Schizophrenie herantreten. Schneider stellt dem physischen Coefficienten der Auslösung den psychischen entgegen, wobei ein psychischer Coefficient auch dann der Anlaß zur Psychose sein kann, wenn er mit derselben durch kein verständliches Band verknüpft ist. Bei den reaktiven Psychosen ist dieser ätiologische Faktor ein psychisches Erlebnis, und der Inhalt der Psychose ist kein zufälliger, sondern verständlich mit dem Erlebnis verbunden. Er warnt aber davor, in jedem belanglosen körperlichen Erlebnis oder seelischem Ereignis einen solchen Faktor zu sehen oder bereits wahnhafte Erlebnisse als Coefficienten der Psychose aufzufassen; denn verständliche Zusammenhänge können auch innerhalb des schizophrenen Krankheitsgeschehens auftreten, ohne daß der Zusammenhang in die gesunde Zeit herüberreicht.

Soweit die Arbeiten über Verursachung und Auslösung von Schüben. Über den schizophrenen Reaktionstyp — ein Begriff, der in sehr verschiedener Bedeutung gebraucht wird — finden wir folgende Mitteilungen:

Popper, der als erster diese Frage einer eingehenden Untersuchung unterzogen hat, deutet darauf hin, daß es nicht wenig Fälle von Schizophrenie gibt, die an ein bedeutungsvolles Erlebnis innig angeschlossen, die Frage entstehen lassen: „handelt es sich hierbei um eine nur zufällig oder wirklich schicksalsmäßig entstandene, also höchstens nur äußerlich ausgelöste Schizophrenie oder um ein schizophrenes Syndrom, das ein psychogenes Reaktionsbild besonders färbt, um einen schizophrenen Reaktionstyp? Viele Individuen weisen, ohne dabei latent schizophren zu sein, und ohne jemals eine Weiterentwicklung in schizophrenen Richtung erkennen zu lassen, ja ohne überhaupt in gewohntem Kreise auch nur andeutungsweise Spuren heboider Wesenheit darzubieten, unter entsprechenden Verhältnissen Zustände auf, deren Symptomatologie den Verlaufsbildern echter Schizophrenie weitgehend und oft nicht unterscheidbar ähnelt.“ Viele der akut verlaufenden und viele der anscheinend benignen Krankheitsfälle scheinbarer Schizophrenie dürfen nur als solche Reaktionstypen angesehen werden. Der schizophrene Reaktionstyp bedeutet einen Komplex von Individualfaktoren, deren Wesenheit im Verhalten, in der affektiven Entladung usw. eine reaktivere Äußerung schafft, die vom schizophrenen Krankheitsvorgang strikt zu sondern wäre. Es müssen zwei unabhängige genotypische Komplexe: die der Schizoiden und diejenige einer prozeßmäßig schizophrenen Erbanlage eine Kuppelung eingehen, um eine manifeste Prozeßschizophrenie zu erzeugen. „Es kommt vor allen Dingen auf jene (schizoiden) Reaktionsmechanismen an, die, — von möglichst genotypischer Verwandtschaft und phänotypischer Übereinstimmung —, abgesehen oder trotz letzterer, keine echte Schizophrenie darstellen, sondern selbständig und ohne jeglichen Prozeßcharakter entstehen.“ Also zusammenfassend: ein Dispositionscomplex, der seinen Träger zu eigenartigen Reizbeantwortungen praedestiniert erscheinen läßt. Dabei holt die Reaktion aus dem betreffenden Individuum im Sinne endogener Reaktionstypen alles hervor, was an individ. spezif. Eigenart und Wesenheit vorher mehr oder weniger latent war.

Kahn widerspricht Popper insofern, als er die schizophrenen Reaktionstypen und die Schizophrenie als untrennbare Begriffe darstellt. Die Schizophrenie, die erbkonstitutionell gegeben ist, bildet einen Teil der genotypischen Reaktionsnorm des Organismus und ist eine dem Organismus eigene spez. Reaktionsbereitschaft. Durch das Auftreten irgend welcher Milieufaktoren auf den Genotypus kommt das Rad der Schizophrenie ins Rollen. So wird der Phänotypus geschaffen. Kahn steht auf dem Standpunkt, daß es zwei von einander getrennte Erbanlagen gibt, eine zum Schizoid, eine zur Prozeßpsychose. Die Anlage zum Schizoid als genotypischer Complex,

die Anlage zur schizophrenen Prozeßpsychose als phänotypischer Complex. Aus den nebeneinander liegenden Anlagen zu Schizoid und Anlage zur schizophrenen Prozeßpsychose kommt es unter gewissen Bedingungen (Milieu im weitesten Sinne) zum Phänotypus der Schizophrenie. Für den erbbiologisch Betrachtenden gebe es keine rein endogenen oder rein exogenen Vorgänge, sondern nur phänotypische Manifestationen, die aus dem Zusammenwirken von Geneotypus und Milieu resultieren. Infolgedessen sei die Trennung von schizophrenem Reaktionstyp und Schizophrenie abzulehnen. Der schizophrene Reaktionstyp tritt nicht allein in psychogenen Syndromen, die gelegentlich die erste oder einzige für uns erkennbare phänotypische Reaktion der schizoiden Anlage seines Trägers sein können, in Erscheinung, sondern er zeigt sich auch im Verlauf schizophrenen Prozeßpsychosen sowie anderer endogener Psychosen und vielleicht sogar bei den sogenannten symptomatischen Psychosen. Die Manifestation des schizophrenen Reaktionstypus sei einmal durch seine schizophrene Symptomatik charakterisiert und weiterhin dadurch, daß er weder bei schizophrenen Prozeßpsychosen noch bei anderen Psychosen als aktiver in den zerstörenden Prozeß mitwirkender Bestandteil auftritt, sondern einen Verlauf nimmt, der die betroffene Persönlichkeit in ihrer Gesamtheit ebensowenig alteriert oder schädigt wie die rein psychogenen Störungen. Zusammenfassend betont Kahn: „daß schizoide Persönlichkeiten unter Außeneinflüssen reaktive Zustände und reaktive Entwicklungen von allergrößter Ähnlichkeit mit schizophrenen Prozeßpsychosen bekommen können, und daß der Nachweis exogener Entstehung der Schizophrenie niemals erbracht sei. Dieser Nachweis sei ebensowenig zu erbringen, wie der der unbedingten Vererbung des Vorkommens echter Schizophrenien bei mangelnder Anlage zur schizophrenen Prozeßpsychose.“

Auch Lange schließt sich mehr oder weniger der Meinung Kahns an. Er meint, daß einerseits in jedem Menschen bestimmte besonders ansprechbare Symptomenkomplexe vorliegen und andererseits von bestimmten Krankheiten bestimmte Symptome bevorzugt werden. Beides kombiniere sich dann zu den jeweiligen verschiedenen psychotischen Äußerungen. Man könne von Reaktionen sprechen, wenn sie von seelischen Konflikten oder Erlebnissen hervorgerufen sind, wenn der Inhalt der Psychose mit den seelischen Erlebnissen zusammenhängt, und nach Beseitigung des Konfliktes oder nach Erschöpfung seines Affektwertes der Zustand in volle Heilung übergeht. Zum Schluß bringt er zwei Fälle, die diesen Kriterien genügen.

Gerson teilt einen Fall mit, bei dem „der Krankheitsprozeß einer circulären Psychose die Bedingung schafft, die den genotypischen Complex Schizoid zur Realisation bringt, ihn in Gestalt von schizophrenen Symptomen phänotypisch werden läßt.“

Für Mayer-Groß ist die Disposition eine unbedingte Voraussetzung für das Zustandekommen schizophrenen Reaktionen,

welche letztere auch in ihrer Form von dieser Disposition und weiterhin von situativen Momenten bestimmt werden. Dabei entspricht diese Disposition keineswegs dem Schizoid Bleulers oder der Schizophrenie Kretschmers, sondern ist vielmehr eine besondere verborgene Anlage, die bei bestimmten Anlässen deutlich wird. Solche Anlässe können sehr wohl auch u. a. unlösbare Konflikte sein, doch kann man in solchen Fällen nicht streng genug die Forderung des zeitlichen Zusammenhanges stellen, weil der Konflikt meistens schon Vorbote der Psychose ist. Man darf sich nicht auf verständliche Rückdeutung der Patienten berufen, die einen starken Trieb nach verständlicher Einordnung haben, und darf nicht einen Fall nur wegen einer völligen Rückbildung zur Norm als reaktiv bezeichnen, da auch bei akuten schizophrenen Prozessen einwandfreie Remissionen beobachtet werden. Die Beeinflussbarkeit der Einzelsymptome erlaubt am ehesten an eine reaktive Entstehung der Gesamtpsychose zu denken.

Bumke läßt überhaupt nur pathoplastische Wirkungen der Erlebnisse gelten. Es handelt sich jedes Mal um latente Schizophrenien, die unter besonderen Umständen deutlich in Erscheinung treten. Die schizophrenen Symptome sind nichts anderes als eine bestimmte Form exogener Reaktionen.

Da die *Dementia praecox* keine Krankheitseinheit darstellt und daher auch keine ätiologische Einheit, könne man, — so meint Krich — bei ihr nicht von reaktiven Zuständen sprechen. Bei der Schizophrenie treten dieselben Apparate in Tätigkeit, wie die bei den symptomatischen Psychosen, das eine Mal durch toxische Erregung, das andere Mal durch psychische.

Nach diesem Überblick über die Arbeiten, die zum Problem der traumatischen Komponenten der Schizophrenie Stellung nehmen, soll an Hand 6 eigener Fälle diese Frage behandelt werden.

I. Fall (Frau A.)

Epikrise: Frau A. ist 33 Jahre alt. Ihr Vater wurde als depressiv bezeichnet, er nahm sich eines zunehmenden Gebrechens halber das Leben. Ein Bruder soll Psychopath, eine Schwester „sonderlich“ sein. Frau A. selbst hatte einen sehr ruhigen, keinesfalls auffälligen Charakter, lebte in guter Ehe und hatte 2 gesunde Kinder. 3 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik war sie nach dem Tode zweier alter Tanten einige Tage ungewöhnlich erregt und mitgenommen; sonst hatte sie nie ähnliche Zustände gehabt. — Als ihr „abgöttisch geliebter“ Vater starb, schien Frau A. die ersten zwei Tage auffallend gefaßt und ungewöhnlich ruhig, zeigte sich dann am dritten Tage sehr redselig und verwirrt, und mußte daraufhin in die Psychiatrische Klinik gebracht werden. Hier bot sie zeitweise das Bild einer läppischen Zerfahrenheit, sie halluzinierte und war sehr unruhig. Der Vater und der Tod kamen hin und wieder in den incoherenten Reden vor. — In der Folge traten katatone Zustände auf,

und Frau A. gab an, befehlende Stimmen zu hören. Nach zwei Monaten wurde sie in eine Pflegeanstalt verlegt und von dort nach einem weiteren Monat in ausgezeichneter Remission entlassen.

II. Fall (Frau B.)

Epikrise: Frau B. ist 39 Jahre alt. 1920 wurde sie von der Mutter in die psychiatrische Klinik gebracht, weil sie seit 3 Wochen geisteskrank sei. Die Krankheit habe plötzlich begonnen. Frau B. habe immer sehr unter der Periode leiden müssen und diesmal sei die Periode besonders stark aufgetreten. In derselben Zeit habe sie dem Schlachten eines Kalbes beiwohnen müssen, gleich anschließend sei sie erkrankt. Frau B. war bisher immer gesund, arbeitsam und gefällig gewesen, aber von jeher ängstlich, oft streitsüchtig, sehr eitel und etwas sonderbar. Die Mutter selbst war gesund, ebenso die Großmutter mütterlicherseits. Der Vater ist magenleidend, kein Potus. Die Familienanamnese des Vaters ist o. B., nur ein Vetter soll einmal den Versuch unternommen haben, sich das Leben zu nehmen. Von 17 Kindern leben noch 12, von welchen aber jedes nach Angaben der Mutter „sein Kreuz“ hätte. Ein Sohn war debil.

Frau B. hat in der Schule gut gelernt, war dann Dienstmädchen. Die Krankheit bot das Bild einer läppischen Schizophrenie mit Zerfahrenheit, Halluzinationen, stereotypem Gebaren, und gemüthlicher Stumpfheit. Es folgten hochgradige Erregungszustände, in welchen Frau B. gegen ihre Umgebung gewalttätig wurde. Sie wurde am 21. 9. 1920 nach Günzburg verlegt. Dort blieb sie einen Monat und wurde am 7. 10. 20 in guter Remission entlassen.

Am 12. 2. 33 starb ihr Vater. Nach der Beisetzung erkrankte die älteste und die jüngste Schwester der Frau B. Sie wurden in die Psychiatrische Klinik gebracht, wo die jüngste nach 14 Tagen starb.

Auf der Beerdigung dieser Schwester begann Frau B. wieder wirr und zerfahren zu reden; sie gab an, den Teufel zu sehen. Am 7. 3. 33 wurde sie in die Nervenabteilung des Schwabinger Krankenhauses gebracht. Dort war sie zwar zerfahren, aber ansprechbar. Sie gab an, mit 29 Jahren schon einmal in der psychiatrischen Klinik gewesen zu sein. Damals hätte sie Stimmen gehört und Lichter gesehen; heute höre sie keine Stimmen. Aber sie sähe den Teufel und sei überhaupt seit ihrem 16. Lebensjahr verhext. Im weiteren Verlauf wurde Frau B. sehr erregt und gewalttätig. Sie halluzinierte viel und zeigte religiöse Wahnideen. Wegen Verschlimmerung ihres Zustandes wurde sie in die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar verlegt, wo sie einige Monate unverändert blieb. Erst nach Ablauf dieser Zeit begann der Prozeß abzuklingen und Frau B. konnte im August 1933 in ziemlich guter Remission entlassen werden.

III. Fall (Frau C.)

Epikrise: Frau C. geboren 1903 ist die jüngste Schwester der vorigen Patientin. Sie war immer nett, arbeitsam, ruhig und gesund.

Der Vater habe sie am besten leiden mögen. Als der Vater starb und alle Angehörigen an der Leiche beteten, begann sie plötzlich im Gebet laut zu schreien. Seither erschien sie ihrer Umgebung sehr verändert. Sie rief unaufhörlich „wir müssen sterben“, war sehr laut, sprach viel vom Vater, Himmel, Hölle, Teufel, Engel, Sterben, ewiger Seligkeit und machte übertrieben fromme Gebärden. Sonst zeigten sich keinerlei Störungen in ihrem Befinden. Sie hatte guten Appetit und Schlaf, war vollkommen orientiert. Der Bruder brachte sie wegen ihres „hysterischen Gebarens“ in die psychiatrische Klinik.

Hier wurde die Erkrankte sehr erregt, grimmassierte, wurde gelegentlich gewalttätig. Sie redete wirr, unverständlich, und ließ sich nicht fixieren. Zwischendurch kam sie in eine läppisch-euphorische Stimmung und geriet schließlich in eine schwere katatone Erregung. Nach 20 Tagen bekam sie eine Bronchopneumonie, die nach weiteren drei Tagen zum Exitus an Kreislaufschwäche führte.

IV. Fall (Frau D.)

Epikrise: Frau D. geb. 1884, älteste Schwester der beiden vorigen, erkrankte zugleich mit ihrer Schwester (Frau C.) am Totenbett des Vaters. Bis dahin war sie stets unauffällig und gesund, dem Charakter nach eher ernst. Der Bruder gibt an, sie sei zwar gesellig gewesen, wäre aber nie zum Tanzen gegangen, hätte keine Beziehungen zu Männern gehabt. Sie war in den letzten Jahren sehr fromm, äußerte manchmal, daß nur die Religion sie aufrecht hielte. Außerdem beschäftigte sie sich im letzten Jahr sehr viel mit Okkultismus.

Am Tage nach dem Todesfall trug man ihr eine Besorgung auf; sie erfüllte sie, ging aber nicht nach Hause, sondern fuhr nach Ingolstadt, wo sie lange in der Kirche blieb. Dann kaufte sie sich einen Hut, Schuhe und 12 Armflore, obwohl genügend Flore zu Hause waren und kam abends zurück. Am Tage der Beerdigung mußte sie angezogen werden, weil sie es selbst nicht tun konnte. Unterwegs begann sie laut zu beten, ihre Sünden zu bekennen, Schulkinder zu belehren. Abends wurde sie sehr unruhig, am nächsten Tage begann sie zu toben und mußte in die psychiatrische Klinik gebracht werden. Hier zeigte sie sich sehr laut, schwer fixierbar, kataton, zeitweise läppisch. Sie grimmassierte stark, machte einen ratlosen Eindruck, redete wirr und zerfahren, kümmerte sich nicht um ihre geistesranke Schwester, die sich im selben Raum befand. Von der Nachricht, daß letztere gestorben sei, nahm sie keine Notiz. In Zeiten, wo sie fixierbar war, konnte sie auf Befragen angeben, daß es am Tage der Beerdigung furchtbar gewesen sei, daß sie sich vor lauter Unruhe nicht anziehen konnte und seither müde ist. Im weiteren Verlauf gab die Patientin Gedankenentzug zu, gab singende Antworten, grimmassierte und zeigte Echolalie. In der Pflegeanstalt Günzburg, wohin sie verlegt wurde, konnte bis heute keine Besserung notiert werden.

V. Fall (Frau E.)

Epikrise: Frau E. ist 45 Jahre alt. Von Geisteskrankheiten in der Familie war nichts bekannt. Die Vorgeschichte zeigte eine normale Entwicklung dieses arbeitsamen geschickten Mädchens. Sie heiratete mit 39 Jahren, lebte seither in sehr glücklicher Ehe. 6 Tage nach dem plötzlichen Tode ihres Mannes wurde sie zum ersten Male auffällig, und dann so unruhig, daß sie in die Klinik eingeliefert werden mußte. Frau E. gab selbst an, daß sie kurz nach dem Todesfalle zum ersten Male das Gefühl empfunden habe, als würden ihre Gedanken abreißen. In der Klinik zeigte sie sich sehr unruhig, zerfahren, nicht fixierbar. Sie redete unaufhörlich und sehr verwirrt, sie klagte über Gehör- und Geschmackshalluzinationen. Wegen einer Armphlegmone mußte sie dann in die chirurgische Klinik verlegt werden, wo sie an Sepsis starb.

VI. Fall (Frau F.)

Epikrise: Das 23jährige Dienstmädchen, aus einer gesunden Familie und mit absolut unauffälliger Anamnese, wird wegen Suizidgefahr in die psychiatrische Klinik gebracht. Sie war bis dahin immer arbeitsam und tüchtig, zeigte stets freundliches und heiteres Wesen. Vor einigen Monaten erfuhr sie, daß ihr Verlobter, an dem sie sehr gehangen hat, eine andere Frau heiraten wollte. Diese Nachricht nahm sie sehr mit; sie verließ, um weiteres Zusammentreffen zu vermeiden, ihre Stellung und nahm in einer anderen Stadt eine Dienststelle an. Hier war sie weiterhin tüchtig und unauffällig und hatte ihr heiteres Wesen behalten. Als sie eines Tages auf einer Tanzerei ihren früheren Verlobten traf, und dieser sie durch sein Benehmen kränkte, kam sie ganz verstört nach Hause. Seither ging ihr die Arbeit recht langsam von der Hand. Nach einigen Tagen hörte man sie Selbstmordgedanken äußern und brachte sie in die Klinik. Ihre Erkrankung dauerte mit einer leichten Remission zwei Jahre und endete mit einem Defektzustand. Brieflich teilte uns die Patientin mit, daß es ihr gut gehe und sie in Arbeit stehe (1934). Im Beginn der Erkrankung bot Frau F. das Bild einer depressiv gefärbten Schizophrenie mit Verfolgungsideen. Sie fühlte sich hypnotisiert und gab Gedankenentzug an. Die Erinnerung an ihren untreuen Verlobten stand im Mittelpunkt ihres Denkens. Sie beschäftigte sich immer damit. Nach einigen heftigen Erregungszuständen begann die Erkrankung abzuklingen, wobei sie Krankheitseinsicht aufwies. Sie schrieb aus der Klinik ihrem Verlobten einen Brief, in dem sie ihn um Ehrlichkeit bittet und versichert, bei einer endgültigen Absage sich keineswegs das Leben nehmen zu wollen, sondern sich zu bemühen durch intensive Arbeit das seelische Gleichgewicht wiederzufinden. In der Folge wurde sie vollkommen zugänglich und dankbar für jeden guten Zuspruch und für Beratung.

Nach 1½ Monaten seit ihrer Erkrankung konnte man ihr einige Tage hintereinander Urlaub geben, damit sie sich im Hinblick auf

ihre baldige Entlassung nach einer Stelle umsehn könne. Einmal kam sie abends hochgradig verstimmt und weinend zurück, weil sie keine Stellung fände. Sie gab wieder an sich hypnotisiert zu fühlen. Am nächsten Tage wurde die scheinbar abgeklungene Psychose wieder manifest und zeigte von nun an eine sehr gespannte, bis zur Gewalttätigkeit erregte Form mit Verfolgungsideen und sehr starken Halluzinationen. Ihre Reden wurden zerfahren, der Inhalt war zum Teil religiös und ließ mit dem traumatischen Erlebnis keinen Zusammenhang mehr erkennen. Die Patientin war nicht mehr zu fixieren und vollkommen autistisch. Sie wurde nach Egling verlegt, wo man sie nach 4 Monaten in einem recht beträchtlichen Defektzustand entlassen konnte.

Wir glauben in allen diesen 6 Fällen ein nur zufälliges Zusammentreffen des psychischen Traumas mit dem Beginn der Psychose ausschließen zu können.

Im I. Fall (Frau A.) zeigt die Anamnese, daß die Patientin schon 3 Jahre vor der jetzigen Psychose auf den Todesfall einer Verwandten hin, eine ungewöhnliche, nach Curt Schneiders Terminologie inadäquate, nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ abnorme Reaktion an den Tag legte. Gerade die Tatsache, daß Frau A. zweimal im Anschluß an den Todesfall eines Verwandten, (die jetzige Psychose trat nach dem Tode des von ihr abgöttisch geliebten Vaters auf), erkrankte, machte die Annahme eines nur zufälligen Zusammentreffens sehr unwahrscheinlich.

Bei den Fällen II., III. und IV. (Frau B., Frau C. und Frau D.) handelt es sich um drei Schwestern, von welchen zwei (Frau C. und Frau D.) gleichzeitig am Totenbett des Vaters geisteskrank wurden. Diese gleichzeitige Erkrankung zweier Menschen nach einem gemeinsamen seelischen Trauma läßt ebenfalls nicht an eine Zufälligkeit denken. Die dritte Schwester erkrankte auf der Beerdigung der jüngsten Schwester. Aber hier zeigt die Anamnese einen vorangegangenen anscheinend spontanen Schub.

Auch bei Fall V (Frau E.) drängt sich der Gedanke an einen Zusammenhang zwischen dem plötzlichen Tode des geliebten Ehemannes und dem Ausbruch der Psychose auf. — Wir lassen es vorläufig dahingestellt, welcher Art dieser Zusammenhang ist. — Die Patientin hatte bis dahin völlig unauffällig in einer harmonischen Ehe gelebt.

Fall VI (Frau F) endlich zeigt wie ein seelisches Erlebnis erst nach längerer Einwirkung die Widerstandskraft schwächte (Bostroem), und dann eine letzte Erschütterung — hier eine unerwartete Begegnung mit dem ungetreuen Liebhaber — notwendig war, um Frau F. der Psychose vollends auszuliefern. Welche Bedeutung die Trennung von ihrem Bräutigam gehabt hat, geht daraus hervor, daß sie darauf sofort ihre Stellung aufgab und in eine andere Stadt zog, um ein Wiedersehen zu vermeiden. Sie schilderte sehr anschaulich, daß sie sich ihrem Kummer nicht ausliefern wollte, sondern den

festen Willen besaß, denselben zu überwinden. Wenn man diese Entwicklung bis zu dem Punkt verfolgt, wo der Widerstand der Frau F. durch den Eindruck der letzten Begegnung gebrochen wird, versteht man, daß die Psychose hier einsetzen konnte.

Nachdem wir also einen Zusammenhang zwischen den jeweiligen Erlebnissen und dem Ausbruch der Psychosen annehmen können, müssen wir uns nunmehr mit der näheren Bestimmung dieses Zusammenhanges befassen.

Aus der Besprechung der Veröffentlichungen über diesen Fragekomplex geht hervor, daß bei seelischen Traumata folgende Möglichkeiten bestehen:

Haben wir es hier mit einer *Auslösung* echter Schübe bei latent Schizophrenen zu tun, oder handelt es sich um *abnorme Reaktionen* bei disponiertem Genotyp, oder endlich um *Schizophreniekrankheiten*, die auf seelische Erlebnisse mit einer solchen inadäquaten Reaktion antworten, die ihrer veränderten Psychose entspricht, die aber ihrem Verlauf und dem Ausgang nach keineswegs als echter Schub zu bezeichnen wäre?

Die Kriterien für schizophrene Reaktionen Disponierter, d. h. solcher Menschen, die keine Dementia praecox bedingende Komponente, sondern nur eine Disposition zu schizophrenen Reaktionen im Sinne Jasper's, Berze's, Mayer-Groß's u. a. in ihrem Genotyp tragen, fassen die meisten Forscher in folgende Merkmale zusammen:

1. Der Anlaß, auf den die Reaktion zeitlich folgt, muß auch objektiv zureichend sein.

2. Der Inhalt der Psychose muß verständliche Zusammenhänge mit dem Trauma erkennen lassen, welche Zusammenhänge der Kranke selbst — nach Mayer-Groß — einsehen muß, was seinerseits eine psychische Beeinflußbarkeit einzelner Symptome ermöglichen soll. Die Erinnerung an das auslösende Trauma steht im Mittelpunkt der psychischen Inhalte.

3. Die Dauer der Erkrankung erreicht niemals diejenige echter Schübe. Die Psychose selbst endet nie mit einem Defektzustand, sondern stets in restloser Wiederherstellung,

Wir werden sehen, daß die vorliegenden 6 Fälle den kritischen Forderungen für eine schizophrene Reaktion nicht genügen.

Ad 1. Die Frage der Objektivität des Anlasses läßt sich für die ersten 5 Fälle — da es Todesfälle sind — ohne weiteres bejahen. Im Falle 6 ist der Anlaß, Zerstörung einer Verlobung, wie wir oben sahen, für die Betroffene sehr tiefgreifender Natur.

Bei dieser Gelegenheit sei an eine Bemerkung Hartmann's erinnert bezüglich objektiv unzureichender Traumata. Diese können — so schreibt Hartmann — subjektiv sehr wohl Anlässe zu großen Erschütterungen sein, so daß man diese Frage ausschließlich individuell behandeln darf. Hierzu läßt sich sagen, daß solche nur subjektiv ausreichende Anlässe, wie auch alle Konflikte oder Dauercon-

flikte, welche letzteren selbstverständlich ebenfalls zu reaktionsauslösenden Erschütterungen werden können, sich für wissenschaftliche Untersuchungen deshalb nicht eignen, weil man bei den nur subjektiv ausreichenden Anlässen die Tatsache des Anlasses nicht beweisen kann, und bei den Konfliktreaktionen post factum nicht mehr entscheiden vermag, wieweit die besagten Konflikte nicht bereits den Ausdruck einer beginnenden Erkrankung darstellt.

Ad 2. Bezüglich der verständlichen Zusammenhänge der Psychose mit dem Trauma bieten unsere Fälle folgenden Sachverhalt:

Die Fälle II, III und IV wie auch der Fall V zeigen überhaupt keinen mit einem Trauma zusammenhängenden Inhalt.

Frau A. (Fall I) bringt zwar in ihren Reden manche Anspielungen, die sich auf das Ereignis beziehen, welche für die Umgebung zweifellos als Ursache der Geistesstörung imponierte, doch beherrschen diese Anspielungen keinesfalls die Gedankenwelt der Kranken, wie wir es bei manchen echten Reaktionen sehen, und sie dürfen auch nicht zu der Diagnose schizophrene Reaktionen verleiten. Bumke, der vor einer solchen Folgerung warnt, betont, daß es durchaus selbstverständlich ist, daß ein Dementia præcox Kranker auch zu eingreifenden Erlebnissen seine Stellungnahme, und zwar eine seinem veränderten Denken und Fühlen entsprechende äußert. Dabei kann diese Stellungnahme, je nach dem Maße des durch den Prozeß erlittenen Defektes die verschiedensten Formen annehmen: von normalen Äußerungen einer Traurigkeit oder Verzweiflung, über ledigliche Anspielungen, bis zu läppischen Scherzen.

Im letzten Falle finden wir Zusammenhänge und verständliche Inhalte in der ersten Hälfte der Erkrankung. Später fehlen sie ganz.

Die von Mayer-Groß geforderte Einsicht der Zusammenhänge und die damit verbundene Beeinflußbarkeit der Symptome lag in keinem der 6 Fälle vor.

Ad 3. Über das als letztes aufgezählte Merkmal der schizophrenen Reaktion, nämlich die relativ kurze Dauer der Krankheit und die restlose Wiederherstellung läßt sich für die einzelnen Fälle folgendes sagen:

Fall I ist geheilt, bzw. in ausgezeichneter Remission, die Erkrankung währte jedoch nicht kürzere Zeit als es auch sonst bei Schüben häufig der Fall ist.

Fall II kommt nach 6 Monaten in eine Remission mit mittelstarkem Defekt.

Fall III starb in der Psychose.

Fall IV zeigt nach einjährigem Aufenthalt in der Pflegeanstalt noch keine Besserung.

Fall V kam ad exitum während der acuten Psychose.

Fall VI endlich kam nach 6 Monaten in eine Remission, hatte nach 4 weiteren Monaten wieder einen leichten Schub und befindet sich jetzt in Remissionszustande mit Defekt.

In diesem Zusammenhang soll daran erinnert werden, daß manche Autoren aus einer prompten Wiederherstellung nicht auf exogene Wirkungen schließen wollen. So betonen Berze und Wilmans, daß man oft genug exogen ausgelöste Schizophrenien mit Ausgang in Defektzustand und tadellose, eine Herstellung vortäuschende Remission bei echten Schüben findet.

Jedenfalls kann eine schizophrene Reaktion im Sinne von Jaspers, Berze, Mayer-Groß u. a. für unsere 6 Fälle ausgeschlossen werden und es folgt daraus, daß wir es hier entweder mit einer Auslösung oder mit einer Verursachung der Dementia praecox zu tun haben.

Im Falle I neigte die Patientin zu ähnlichen Syndromen. Eine Schwester wird als „absonderlich“ und ein Bruder als psychopathisch bezeichnet. Der Vater war in den letzten Jahren seines Lebens (nicht periodisch) depressiv und endete eines zunehmenden Gebrechens wegen mit Suizid.

Im Falle II liegt eine Schizophrenie im Remissionsstadium vor, Patientin hat vor 13 Jahren einen anscheinend spontanen Schub gehabt.

Für die Fälle III und IV erfährt man, daß die Familie unzweideutig belastet ist. Man entnimmt aus den Äußerungen der Mutter, daß ihre 17 Kinder alle zumindest von der Norm abwichen. Ein Bruder, der die Patientin in der Klinik besuchte, ist ausgesprochen debil, eine Schwester (Fall II) ist schizophren.

Im Falle V konnte leider keine ausreichende Familienanamnese erhoben werden. Soweit sie von Eltern und Geschwistern angegeben wurde, war sie ohne Belang.

Ebenso steht es mit dem Falle VI. Auch hier findet man keine belastende Familienanamnese, die Eltern und Geschwister werden sogar als besonders zugänglich, zuverlässig und psychisch gesund geschildert.

Fall II zeigt eine vorliegende schizophrene Remission und wäre somit gesondert zu behandeln. Denn hier könnte auch die erwähnte dritte Möglichkeit zu treffen: inadäquate Reaktion eines Schizophreniekranken, die von echten Schüben zu sondern wäre. Über diese Möglichkeit schreibt Berze und man findet bei Mayer-Groß die Wiedergabe eines Falles von Kraus, der auch an dieser Stelle gebracht werden soll:

Eine 26jährige Frau, die viele Züge eines schizoiden Charakters aufweist, ist unbefriedigt in ihrer Ehe. Sie entdeckt, daß sie sich viele äußere Umstände und auch viele Eigenschaften ihres Mannes vor der Ehe anders (besser) vorgestellt hat, wird dazu noch von

ihren Eltern gegen ihren Mann aufgehetzt und kommt in eine Reihe von Konflikten. Eines Tages bricht die Psychose aus mit echten schizophrenen Symptomen. Dabei sind alle Merkmale schizophrener Reaktionen gewahrt. Sie überträgt alle nichtvorhandenen Eigenschaften ihres Mannes auf den Arzt und hält ihn zum Schluß für ihren Mann. Man fand ein hinreichendes Trauma, verständliche Inhalte und restlose Wiederherstellung nach wenigen Tagen und konnte die Diagnose schizophrene Reaktion stellen. Später erfuhr man, daß die Patientin vor einigen Jahren schon einen Schub durchgemacht hatte, der auf ein aufregendes Erlebnis gefolgt war. Damals waren keine verständlichen Inhalte vorhanden.

Aus diesem unterschiedlichen Verhalten der Inhalte bei der 1. und 2. Erkrankung entnimmt Kraus die Möglichkeit, die zweite Psychose als reaktive Erkrankung eines durch den ersten echten Schub veränderten Individuums zu deuten, doch weist er gleichzeitig darauf hin, daß man es hier ebenso gut mit zwei gleichwertigen Schüben zu tun haben kann, wobei der letztere durch die vorhandene Konfliktkonfiguration (Situation) rein pathoplastisch gefärbt war.

Unser II. Fall zeigt keinerlei verständliche Inhalte und keine Wiederherstellung. Wir haben es hier demnach mit der Auslösung eines zweiten Schubes zu tun bei einer Schizophrenen in Remission.

Bei der Besprechung der Auslösung oder Verursachung für die übrigen Fälle 1 und 3—6 darf von der von manchen Autoren noch gesondert angeführten Provokation deshalb abgesehen werden, weil dieser Ausdruck im großen ganzen eine Auslösung mit besonders großer Wirksamkeit bedeutet. Es darf betont werden, daß diese große Wirksamkeit sich nicht in der besonderen Stärke der provozierten Psychose äußert, sondern darin, daß Traumen von großer Wirkungskraft auch bei unerschwelliger Veranlagung Schübe provozieren können.

Das Problem der Verursachung — womit das Erzeugen einer Psychose bei Gesunden gemeint ist — findet man deshalb nur noch bei den älteren Autoren, weil sich die Forscher seit den Arbeiten von Hoffmann, Kahn, Rüdin u. a., die den rezessiven dihybriden Erbgang der Schizophrenie aufdeckten, mehr mit dem Problem der schizophrenen Reaktionen Gesunder und der Auslösung manifester Schübe bei latent Schizophrenen beschäftigen.

Bostroem erwähnt diese Beziehung kürzlich wieder. Sie kann möglicherweise auf den V. Fall passen. Leider ist die Patientin noch vor Ablauf der Erkrankung gestorben.

Bei dem Fall VI (Frau F.) läßt es sich zwar nicht widerlegen, daß eine exogene Verursachung vorliegen könnte, aber man muß sich immer vor Augen halten, daß es auch viele Schizophrenien gibt, die spontan erkranken, ohne daß sich bei ihnen eine schizophrene Komponente nachweisen läßt.

Die Fälle I, II, III und IV stellen unzweideutig Auslösungen echter Schübe durch psychische Traumen bei latent Schizophrenen oder schizophrenen Disponierten dar, und wir können für alle sechs Fälle annehmen, daß diese Schübe ohne vorausgegangenes Trauma zu diesem Zeitpunkt nicht ausgebrochen wären.

Bezüglich der pathogenetischen Vorstellungen über die Auslösung von Schüben oder schizophrenen Reaktionen finden wir bei Mayer-Gross den Vorschlag ein somatisches dem psychischen Einfluß zweifellos unterstehendes Zwischenglied einzuschalten: als ein solches somatisches Zwischenglied bietet sich das endokrine System und das Vasomotorium an.

Krisch versucht den Vorgang durch die Betrachtung präformierter Komplexe zu klären: diese seien eine in der Anlage festgelegte Degenerationstendenz und würden durch einen exogen bedingten Gehirnprozeß eine Vitalitätsveränderung der Gehirnsubstanz bewirken und sich dann in Form der Psychose auswirken.

Bostroem veröffentlicht 1933 zu diesem Problem folgende Vorschläge, die eine Vorstellung des Mechanismus einer Auslösung ermöglichen: er geht davon aus, das Kräfteverhältnis zwischen Anlage und exogenen Einflüssen herauszuarbeiten. Dabei bedient er sich kurz folgender Kurve:

Die unterste gestrichelte Linie würde die in Betracht kommende Krankheitsanlage darstellen, während die obere — ausgezogene — die Entwicklungskurve des Anlageträgers ganz allgemein andeuten soll; in ihrer Höhe käme die Widerstandskraft gegenüber der Krankheitsanlage zum Ausdruck, die, wie die beiden Senkungen der Kurve erkennen lassen, in der Pubertät und zur Zeit der Rückbildung physiologisch nachläßt. Ein Sichschneiden der beiden Linien würde den Krankheitsausbruch kennzeichnen.

Bei einer Krankheitsanlage ohne besondere Durchschlagskraft würden die beiden Linien etwa parallel verlaufen und die Anlagekurve würde tief unter ihr liegen, so daß sie auch bei einer etwas erheblicheren Senkung d. h. bei einer durch äußere Momente hervorgerufenen Herabsetzung der Widerstandskraft nicht erreichbar wäre. (Kurve I).

Die endogenen Psychosen mit durchschnittlichem d. h. von außen unbeeinflußtem Verlauf dürfen wir uns graphisch wohl so vorstellen, daß die Anlage langsam wächst bis sie der ihr innewohnenden Tendenz entsprechend an einem bestimmten Termine sich durchsetzt.

Daß in solchen Fällen eine Manifestation in der Pubertät leicht vorkommen kann, ist aus der Kurve II ohne weiteres abzulesen, ebenso wie man sich vorzustellen vermag, daß ein starkes Absinken der oberen Kurve noch im späteren Alter einer Anlage zum Durchbruch verhelfen kann, die sonst keine Aussicht auf Manifestation gehabt hätte (Kurve III).

Ist die Anlage sehr stark, so convergieren die Linien von vorn herein erheblich und es besteht Aussicht, daß ein Schneiden bereits vor der Pubertät eintritt.

Am leichtesten vorstellen kann man sich den Vorgang der Auslösung durch die Einwirkung von Noxen, die die Widerstandskraft des Anlageträgers schwächen und so gewissermaßen zu einem Versagen der Gegenanlage (nach Hoffmann) führen. Das würde sich kurvenmäßig in einem Herabsinken der oberen Linie andeuten lassen (Kurve IV). Je näher die Anlagelinie der oberen Kurve verläuft, d. h. je stärker die Anlage ist, um so geringfügiger braucht die durch die auslösende Noxe erfolgende Schwächung zu sein.

Praktisch wichtig ist, daß man scharf zwischen den Begriffen „Verursachung“ und „Auslösung“ unterscheidet. Eine Auslösung kann nicht darin bestehen, daß eine äußere Einwirkung die krankmachende Ursache verstärkt; vorstellbar ist eine Auslösung nur so, daß eine adäquate Noxe die natürlichen Widerstände, etwa die Gegenanlagen, so schwächt, daß die vorhandene Anlage sich durchsetzen kann. Eine quantitative Verstärkung der Anlage selbst ist nicht denkbar. Man wird danach bei endogenen Psychosen eine exogene Schädigung nur dann als auslösendes Moment und damit als wesentliche Teilursache im Sinne der Unfallgesetzgebung ansehen dürfen, wenn es sich um eine Noxe handelt, die ganz wesentlich ins Körpergeschehen eingreift und auf diese Weise imstande ist, die Widerstandskräfte zu schwächen; ferner muß ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang gegeben sein und endlich ist es diagnostisch wertvoll, wenn an dem stürmischen Beginn oder den besonderen Verlauf der Erkrankung die äußere Einwirkung erkennbar ist.

Schaut man das Schrifttum nach Fällen durch, die den unseren zur Seite treten können, so stößt man zunächst auf die 3 Fälle von Mayer-Groß: eine latent vorhandene Schizophrenie wird durch objektiv zureichende Erschütterungen manifest; bei einer jugendlichen Patientin aus einer Schizophreniefamilie wird ein katatoner Schub durch ein eingreifendes Erlebnis ausgelöst; ein Arzt erkrankt unmittelbar, nachdem sein hebephrener Sohn in der Klinik an Pneumonie gestorben war.

Joh. Lange bringt dagegen zwei Fälle von schizophrener Reaktion auf zermürbende seelische Erlebnisse bei psychopathischen Persönlichkeiten. Beide Fälle wurden allen Forderungen bezüglich Inhalt, Einsicht und Wiederherstellung gerecht.

Curt Schneider zeigt an 4 Fällen, die zum Teile einer Reaktion zum Teil einer Auslösung entsprechen, eine Gegenüberstellung von Erkrankungen auf plötzliche erschütternde Erlebnisse und auf Dauerschicksale.

Bei Kraus zeigt die Krankengeschichte der Berta Staßlar einen eindeutigen Fall von Auslösung eines echten Schubes durch 5 aufeinander folgende Todesfälle. Sehr lehrreich ist sein Bericht über die Krankengeschichten der Frauenabteilung der Heidelberger Kli-

nik, wo sich unter den Krankengeschichten von 30 Jahren nur 28 Fälle fanden, bei denen ein Zusammenhang zwischen einem eingreifenden Erlebnis und dem Ausbruch der Psychose evident war. Von diesen 28 Fällen entsprachen den Forderungen Mayer-Groß's und Jaspers nur 15.

Sieht man von allen konstruktiven und hypothetischen Versuchen, die seit Bleuler für die Erklärung schizophrener Reaktionen oder psychischer Auslösungen von Schüben gemacht worden sind, ab, so bleibt als sicheres Ergebnis, daß psychische Traumen und Konflikte zur Auslösung eines schizophrenen Schubes führen können, sofern eine Krankheitsdisposition vorhanden ist. Man kann sogar vielleicht mit der Möglichkeit rechnen, daß einzelne Erkrankungen ohne das auslösende Erlebnis überhaupt nicht manifest geworden wären.

Die Überlassung der Fälle und eingehende Beratung bei der Arbeit verdanke ich Privatdozent F. Kant der Psych. u. Nervenklinik München.

SCHRIFTTUM.

- Berze, Wiener Med. Med. Wschr. 37 u. Zbl. f. Neur. 43.
Bleuler, Z. f. allg. Psych. 84.
Bostroem, Archiv f. Psych. 53.
Bumke, Handbuch für Geisteskrankheiten.
Hartmann, Mschr. f. Psych. u. Neur. 57.
Gerson, Archiv f. Psych. 53.
Jaspers, Z. f. Neur. Orig. 14.
Kahn, Z. f. Neur. 66.
Kraus, Handbuch für Geisteskr.
Krisch: Mschr. f. Psych. 58.
Lange, Münch. Med. Wschr. 23 u. 73.
Mayer-Groß: Z. f. Neur. 60 u. 76.
Popper, Z. f. Neur. 62 u. 68.
Schneider, Curt, Z. f. Neur. 50, 59 u. Z. f. Psych. u. Neur. 95.
Wilms, Z. f. Neur. 73 u. Zbl. f. Neur. 26.
-

LEBENS LAUF

Ich bin am 12. Nov. 1906 als Sohn des Probstes H. Becker in Kurland im Pastorat Frauenburg geboren. Bis zu meinem 10. Lebensjahr wurde ich zu Hause unterrichtet. Darauf besuchte ich das Ritterschaftsgymnasium zu Goldingen und das Landesgymnasium zu Mitau, woselbst ich auch die Abiturientenprüfung bestand. Ich studierte an folgenden Universitäten Medizin: Univ. Riga, Univ. Gray, Univ. München. In München bestand ich im Januar 33 das mediz. Staatsexamen. Anschließend arbeitete ich zwei Jahre in der Psychiatr. und Nervenlinik der Univ. München und 1½ Jahre an der I. mediz. Klinik der Univ. München.

Arndt Becker.